

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SARCOME DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Novembre 1922

PAR

Jean-Baptiste-Louis LIPRANDI

Né à BUENOS-AYRES (République Argentine), le 12 Juin 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	Président.
		MOURE, professeur	Juges.
		ROCHER, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SARCOME DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Novembre 1922

PAR

Jean-Baptiste-Louis LIPRANDI

Né à BUENOS-AYRES (République Argentine), le 12 Juin 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur	<i>Président.</i>
		MOURE, professeur	} <i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale.....	Zoologie et parasitologie.....
Clinique chirurgicale.....	Médecine expérimentale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique ophtalmologique.....
Clinique d'accouchements.....	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	Clinique gynécologique.....
Anatomie.....	Clinique médicale des maladies des enfants.....
Anatomie générale et histologie.....	Chimie biologique et médicale.....
Physiologie.....	Physique pharmaceutique.....
Hygiène.....	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....
Médecine légale et déontologie.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Physique biologique et clin. d'électrécité médicale.....	Clinique des maladies des voies urinaires.....
Chimie.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....
Botanique et matière médicale.....	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Pharmacie.....	Toxicologie et hygiène appliquée.....
	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....

MM. PRINCETEAU. — GUYOT. — LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	Médecine générale.....
Histologie.....	Maladies mentales.....
Physiologie.....	Médecine légale.....
Anatomie pathologique.....	Chirurgie générale.....
Parasitologie et sciences naturelles.....	Obstétrique.....
Physique biologique et médicale.....	Ophtalmologie.....
Chimie biologique et médicale.....	Pharmacie.....
Médecine générale.....	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.....	Puériculture.....
Thérapeutique et Pharmacologie.....	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....
Médecine opératoire.....	Chimie.....
Accouchements.....	Vénéréologie.....
Ophtalmologie.....	Pathologie interne.....
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE, DE MA MÈRE,
DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il reçoive ici l'hommage de
notre profonde reconnaissance pour
l'honneur qu'il nous fait en voulant
bien accepter la présidence de notre
thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SARCOME DE L'UTÉRUS

—1884—

INTRODUCTION

Quoique le sarcome de l'utérus ne soit pas une trouvaille opératoire, puisqu'on en connaît environ 500 cas, sa connaissance date à peine de 60 ans et coïncide avec les progrès de l'anatomie pathologique et la tendance d'examen histologique de toutes les tumeurs.

En effet, rien n'est plus délicat et parfois même plus difficile que de distinguer par les seuls faits cliniques un sarcome de la muqueuse d'un épithélioma ou une sarcomatose du corps d'un fibrome ; l'on comprend ainsi facilement que l'application rationnelle et systématique d'un contrôle microscopique puisse seule délimiter d'une façon précise bien des cas douteux : certains polypes bénins récidivants décrits par les auteurs anciens n'étaient que des sarcomes.

Ce n'est, avons-nous dit, que depuis 50 ans environ que l'étude des sarcomes est amorcée ; en effet, il nous faut arriver à Virchow pour en trouver une description anatomopathologique précise : c'est en 1860 que fut présenté

par Meyer, à la Société Obstétricale de Berlin, l'observation d'un polype sarcomateux dont l'examen histologique avait été fait par Virchow.

Puis les travaux abondent tant à l'étranger qu'en France, et le cadre nosologique et histologique de l'affection se précise. Actuellement, le sarcome de l'utérus sans avoir la fréquence des autres tumeurs malignes est assez connu pour qu'on puisse lui attribuer une symptomatologie et des caractères cliniques très différenciés.

Étiologie.

La notion étiologique du sarcome est aussi obscure que celle des autres tumeurs. Peut-on accepter pour lui la loi de Conheim d'après laquelle les organes, siège de complication de formation, sont les plus sujets à des arrêts de développement, à la formation de résidus embryonnaires au sein d'un tissu en voie de multiplication.

La première objection que l'on puisse faire à cette loi dans le cas particulier est la suivante : la partie qui, pendant le développement, est la plus sujette à des transformations est le col ; or, c'est sur ce dernier que les sarcomes se trouvent avec le moins de fréquence.

D'ailleurs, et ceci serait alors une objection générale, il reste toujours à démontrer la raison de cet arrêt et de cette reprise d'activité.

Quant aux théories qui cherchent en dehors de l'organisme le *primum movens* de la prolifération cellulaire, leur étude n'a donné jusqu'à présent aucun résultat précis.

Mais à côté de ces causes déterminantes, peut-on mentionner des causes prédisposantes ont été invoquées sans présenter un caractère de spécificité absolue.

L'hérédité néoplasique familiale semble pouvoir intervenir. L'influence de l'âge doit également être signalée : le sarcome se rencontre quelquefois au-dessous de 5 ans (12 cas) ; puis exceptionnel dans la seconde enfance — il devient moins rare au moment de l'apparition des fonctions sexuelles (12 cas de 12 à 18 ans), pour redevenir exceptionnel jusqu'à 25 ans. A partir de 25 ans, la fréquence du sarcome augmente progressivement pour attein-

dre son maximum vers 50 ans, c'est-à-dire à la ménopause (250 cas entre 40 et 55 ans).

On a invoqué également la stérilité, mais sans pouvoir fournir de résultats probants.

Enfin l'on trouve, dans 2 % des cas, un fibrome antérieur au sarcome.

Anatomie Pathologique.

Avant d'entrer dans l'étude de l'anatomie pathologique du sarcome, voyons comment, à l'état normal, est constitué l'utérus au point de vue histologique.

Sur une coupe, on trouve deux parties fondamentales : la muqueuse et le parenchyme utérin. La muqueuse, suivant que nous l'examinons à la hauteur du col ou du corps présente un aspect différent. L'épithélium de la muqueuse du corps est constitué de cellules prismatiques, allongées, ciliées; quant au chorion, il est formé dans les parties avoisinant la muqueuse de tissu conjonctif ferme où dominent surtout les cellules; puis à mesure que l'on se rapproche du centre utérin, les fibres augmentent, les cellules diminuent et nous nous trouvons en présence de tissu adulte normalement constitué.

Le col utérin présente dans sa portion isthmique une structure identique à celle du corps, mais dans sa portion vaginale l'épithélium diminue de hauteur, perd ses cils et se dépose sur plusieurs couches.

Quant au corps utérin, il est formé de fibres musculaires lisses, disposées en couches de directions diverses.

Au milieu de cet ensemble, on voit la coupe de nombreux vaisseaux lymphatiques ou sanguins. C'est donc aux dépens

de ce tissu normal que vont se développer les cellules sarcomateuses.

Trois théories ont été émises pour expliquer cette néoformation :

1° Développement de cellules néoplasiques par prolifération du tissu conjonctif intramusculaire ;

2° Développement par prolifération des cellules de la paroi des vaisseaux sanguins ou lymphatiques ;

3° Développement par transformation des fibres musculaires.

Suivant que ces cellules néoplasiques ainsi formées présentent une forme allongée ou ronde, on a les variétés fuso-cellulaires ou globo-cellulaires ; de plus, dans chaque variété on distingue les grandes et les petites cellules et des formes particulières à myéloplaxes, mélaniques.... que nous ne faisons que mentionner. Cette classification nous sera utile pour le pronostic.

Ces cellules en se développant donnent naissance à des formations macroscopiquement dissemblables que nous allons étudier.

Sarcome du corps.

Dans les sarcomes du corps, nous allons étudier les formations néoplasiques formées aux dépens de la muqueuse et du parenchyme.

1° Sarcomes de la muqueuse.

La néoplasie se présente sous deux formes :

a) *Circonscrire.* — De beaucoup la plus fréquente, elle peut revêtir deux aspects :

1° *Polypeuse.* — Elle fut décrite pour la première fois par Virchow et cet auteur dit n'avoir presque jamais rencontré que cette forme dans la néoplasie sarcomateuse utérine.

Le processus de développement est le suivant : dans la profondeur de la muqueuse, les cellules conjonctives se multiplient, repoussant l'épithélium dans la cavité utérine, puis, peu à peu par suite de la multiplication asymétrique, le polype devient irrégulier, bosselé, le pédicule s'amincit ; la consistance est molle spongieuse, la tumeur non encapsulée recouverte simplement de la muqueuse amincie.

2° *Tumeur intrapariétale*. — La tumeur peut également au lieu de proliférer vers la cavité se diriger vers l'intérieur ; mais il faut l'examiner au début du développement car une tumeur primitivement interstitielle peut évoluer secondairement vers la muqueuse.

Les rapports avec la masse musculaire interne sont variables ; tantôt la tumeur est limitée et il est possible de l'énucléer, tantôt au contraire l'infiltration est assez avancée ; cette propagation peut d'ailleurs gagner l'extrême limite de l'utérus, s'attaquer au péritoine et infecter les organes adjacents.

b) *Diffuse*. — Décrit par Virchow en 1865 pour la première fois, il est très rare au point que Piquand, dans son travail, ne peut en réunir que 54 cas.

Il se présente en général sous la forme d'un utérus gravide ; sa couche externe presque toujours hypertrophiée ; la couche interne, siège de la néoplasie, se présente sous la forme d'une membrane blanchâtre, d'aspect lardacé. La surface de séparation entre les parties saines et sarcomateuses est bien délimitée ; elle est en général constituée par du tissu conjonctif lâche ; quant à la surface interne, elle présente de nombreuses végétations, parfois même de véritables polypes.

2° *Sarcomes du parenchyme*.

A l'encontre des théories primitives, on donne actuellement un pourcentage plus élevé pour les sarcomes du parenchyme que pour les muqueux. Ce flottement provient

surtout de la difficulté de délimitation entre le sarcome muqueux et sous-muqueux.

Nous trouvons ici encore le sarcome circonscrit et le *sarcome diffus* : nous ne ferons que mentionner ce dernier ; il transforme l'utérus en une masse volumineuse lisse présentant une analogie assez grande avec un utérus gravide. Histologiquement, on trouve une grande quantité de petites cellules rondes qui ont leur origine dans les cellules conjonctives qui entourent les vaisseaux et dans les cellules répandues parmi les fibres musculaires.

Les *sarcomes circonscrits* représentent l'immense majorité des sarcomes du corps utérin ; développés dans la masse musculaire, ils donnent pendant longtemps à l'utérus un volume régulièrement augmenté ; puis la tumeur en se développant peut faire saillie sous le péritoine ou dans le canal cervical donnant lieu, comme dans le fibrome, à la classification suivante :

1° Le sarcome interstitiel développe à peu près régulièrement l'utérus ; il se présente sous forme d'une tumeur plus foncée, lardacée, assez nettement séparée du parenchyme environnant ;

2° Le sarcome sous-muqueux peut faire saillie dans la cavité ; le plus souvent il se coiffe de la muqueuse ; il se rattache à la masse par un pédicule et le diagnostic avec un polype muqueux est alors très difficile ; tant qu'ils sont intra-utérins, ils présentent une forme allongée, mais dans le vagin ils ont très souvent une forme en grappe qui rappelle le sarcome racémeux ;

3° Le sarcome sous-péritonéal présente un mode de développement analogue au sous-muqueux ; saillie d'abord à peine appréciable, elle ne tarde pas à se développer ; un pédicule étroit la rattache au corps : la tumeur pend ainsi dans la cavité péritonéale.

Sarcomes du col de l'utérus.

En dehors des sarcomes développés aux dépens du corps de l'utérus, il existe une autre catégorie qui trouve son origine dans les cellules du col. A côté d'un groupe parfaitement défini morphologiquement, le sarcome racémeux, on peut ranger toutes les formes qui ne rentrent pas dans cette catégorie.

1° *Sarcome racémeux du col.*

Au point de vue macroscopique, cette variété se présente, à son complet développement, sous forme d'une grappe de raisin. A l'origine des formations papillaires apparaissent dans la cavité cervicale, puis par leur prolifération débouchent dans le vagin ; dès lors, leur multiplication est accélérée et elles arrivent à prendre rapidement la forme d'une grappe. Mais par suite de leur développement les vésicules se tassent les unes contre les autres, perdent leur forme arrondie, se soudent et constituent peu à peu une masse à peu près unique, dure dans sa partie centrale, tandis que la périphérie plus molle est parsemée de kystes remplis de liquide jaune sanguin. Puis peu à peu la tumeur se développe dans le vagin, atteint la vulve, peut s'ulcérer et donner lieu à un écoulement sanieux.

Au point de vue histologique, on trouve un mélange indifférent de cellules rondes et ovales ; celles-ci sont de plus en plus nombreuses à mesure que l'on se rapproche de la périphérie, tandis qu'au contraire la substance intercellulaire augmente de la périphérie vers le centre.

La structure histologique du sarcome du col étant identique à celle du corps, on peut se demander la raison de cette forme spéciale. Il semble qu'elle soit due à la présence sur le col de papilles assez volumineuses et c'est suivant leur axe que se fait la prolifération. Or, le corps

en est dépourvu ; de plus, la paroi est peu élastique, résistante, tandis que le vagin offre peu ou pas de résistance périphérique.

2° Autres sarcomes du col.

En dehors du sarcome racémeux, on peut décrire au sarcome muqueux du col une forme *circonscrite*, qui peut se présenter sessile ou pédiculée : la première implantée sur une des lèvres du col simule un épithélioma. Le sarcome pédiculé est très rare ; il en est de même du *sarcome diffus*.

Les *sarcomes du parenchyme* sont presque toujours des fibromes dégénérés ; tumeurs lisses ou bosselées, elles ont peu de tendance à se propager vers le corps de l'utérus, mais l'envahissement du vagin est assez fréquent.

Tableau comparatif de fréquence des sarcomes utérins.

Sarcome du corps : 80 %	}	60 à 70 % parenchyme.
		40 à 30 % muqueuse.
Sarcome du col : 20 % ..	}	50 % racémeux.
		50 % autres sarcomes.

Généralisation des Sarcomes.

Nous avons vu, au cours de l'exposé anatomo-pathologique, que les cellules sarcomateuses envahissent les parois veineuses, des bourgeons obstruent la lumière des vaisseaux, des parcelles se détachent, s'embolisent, sont entraînées par le courant sanguin et vont créer ainsi à distance

des foyers secondaires ; on peut classer les organes atteints par rang de fréquence croissante :

poumons, foie, rein, intestin, épiploon.

La preuve matérielle que ces métastases se font par voie veineuse est dans la présence constatée de thromboses sarcomateuses dans les veines utérines ou du bassin, comme le montre l'examen histologique de la pièce opératoire de l'observation I.

Mais l'infiltration des ganglions lymphatiques montre que l'on aurait tort d'admettre une seule voie de propagation : les métastases qui se font parfois par voie lymphatique, jouent un rôle secondaire important dans l'extension du sarcome à travers le tissu cellulaire du bassin, et ceci dans 7 % des cas.

Mais à côté de ces propagations lointaines par embolies, il existe également des propagations de voisinage ; de l'utérus le sarcome s'étend aux ligaments larges, au rectum, au péritoine, au vagin, et l'observation I en est un exemple frappant. « La trompe droite était adhérente au cæcum et avait greffé le néoplasme sur ce dernier et la partie correspondante du péritoine pariétal. Du côté gauche, la trompe adhère au grand épiploon qui est infiltré par les productions néoplasiques. » (Duvergey.)

Ceci montre que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, le sarcome utérin a tendance à contracter des adhérences et à infiltrer les organes voisins. Cette remarque nous servira lorsqu'il s'agira de discuter l'hystérectomie par voie vaginale.

Symptomatologie.

Sarcomes du corps.

Sarcomes du parenchyme.

Le premier signe qui attire l'attention est l'hémorragie : chez une femme de 40 à 50 ans, elle débute en général d'une façon discrète ; de simples ménorragies, les règles deviennent plus abondantes, durent 8 jours, un peu douloureuses. La malade n'y prête aucune attention puis la durée de cette pseudo-période menstruelle augmente, la femme perd à peu près continuellement ; à la ménorragie, fait suite la métrorragie ; on voit par ce début clinique qu'il y a de *grandes analogies à cette époque entre un fibrome et un sarcome.*

D'ailleurs, ce caractère hémorragique est susceptible de varier : souvent, le sarcome constitue déjà une tumeur apparente et seules les règles sont un peu augmentées ; parfois, brusquement, brutalement, soit pendant les règles, soit en dehors de cette période de congestion, une violente hémorragie vient déceler un mal jusqu'alors inconnu. La raison de cette différence de symptômes réside dans la situation du sarcome : sous-muqueux, les hémorragies seront violentes et brutales ; sous-péritonéal, insidieuses et tardives.

Mais, par contre, l'élément *douleur* est d'une façon générale en raison inverse des hémorragies. Parfois très violentes au moment des règles, elles s'irradient dans l'abdomen et sont dues à l'inflammation de la muqueuse et aux adhérences épiploïques qui se peuvent former.

L'examen objectif donne par l'inspection et le palper l'impression d'un utérus gravide, normalement développé dans son ensemble ; l'augmentation est d'autant plus rapide que l'on a affaire à la forme sous-péritonéale.

Vers la fin de son évolution, l'aspect du sarcome devient caractéristique : la tumeur est énorme, irrégulièrement arrondie, présente des différences de consistance, mollesse kystique par endroits, dureté ligneuse dans d'autres.

La masse énorme qui occupe le petit bassin ne tarde pas à comprimer tous les organes ; de là cette symptomatologie habituelle des grosses tumeurs abdominales, compression veineuse, œdème des membres inférieurs, ascite, dyspnée cardiaque due au retentissement sur le cœur droit.

La durée de l'évolution est variable de quelques mois à quelques années ; dans les cas à forme lente, on a affaire d'ailleurs à des fibromes dégénérés et l'on ne connaît que la durée totale de l'évolution.

La mort survient habituellement, ainsi que dans les autres tumeurs, dans la cachexie occasionnée par les hémorragies et la résorption de toxines. Les métastases nombreuses surtout dans le cas de tumeurs lentes, viennent abrégé souvent l'évolution de la maladie.

Sarcomes de la muqueuse.

Si la symptomatologie du sarcome du corps prête parfois à confusion avec un fibrome, un sarcome de la muqueuse offre de nombreuses analogies avec l'épithélioma. Les *hémorragies* ne sont d'abord que des ménorragies, comme dans le sarcome du corps ; mais elles ne tardent pas à s'établir sous forme de suintement constant, séro-sanguinolent, puis à mesure que le tissu se sphacèle une odeur sanieuse se dégage, moins violente cependant que celle des épithéliomas.

Les *douleurs* sont très tardives à se produire, comme dans toutes les tumeurs malignes de la muqueuse, et la

malade ne souffrant pas ne croit pas utile de demander conseil à un médecin. « *Nimiun ne crede dolori.* »

Puis, si la néoplasie envahit le tissu péri-utérin (ligament large, trompe) les douleurs augmentent et peuvent devenir intolérables.

Les signes physiques sont peu appréciables ; pendant une assez longue durée, l'inspection montre un ventre normal ; la palpation confinée au toucher dénote une tumeur mobile qui accompagne le col et qui, examiné à différentes époques, donne de plus en plus l'impression de mollesse.

L'hystéromètre donne une cavité allongée mais difficile à catéthériser par suite de végétations nombreuses qui ont pris naissance.

Quant au toucher intra-utérin, lui seul peut donner des renseignements véritablement exacts par la sensation au doigt.

Sarcomes du col.

Un caractère très important du sarcome du col est son début silencieux ; il peut même durer ainsi un temps assez long et Piquand cite un malade qui ne se plaignait que de difficultés dans les rapports sexuels, alors qu'une tumeur assez volumineuse était déjà constituée.

Cependant, une telle tolérance est assez rare et, dès que la tumeur a atteint un certain développement, il se produit un *suintement séro-sanguinolent* dû surtout à de la métrite concomitante.

Les *douleurs* sont très tardives et traduisent l'atteinte du tissu péri-utérin.

Les signes physiques sont beaucoup plus apparents lorsqu'il s'agit d'un sarcome racémeux ; le toucher indique une tumeur qui ne tarde pas à devenir intracervicale ; le

vagin est peu à peu envahi par une masse lobulée, molle, friable à la périphérie ; l'examen au spéculum rappelle une môle hydatiforme avec une tige centrale d'où partent de nombreuses ramifications portant des polypes : la partie centrale se continue avec un pédicule intracervical.

Lorsqu'on a affaire à un sarcome sessile, il se présente sous forme d'une ulcération sur une des lèvres du museau de tanche.

Comme précédemment, les malades meurent de cachexie due aux résorptions toxiques et aux hémorragies.

Diagnostic des sarcomes utérins.

On voit par la symptomatologie qui précède que la question peut se poser ainsi :

Un sarcome de la muqueuse peut-il être différencié d'un épithéliome ou d'une autre formation similaire ; un sarcome du parenchyme peut-il être distingué d'un fibrome ?

Le diagnostic de sarcome diffus de la muqueuse du corps est très délicat et peut se discuter entre cancer du corps, métrite chronique, myome sous-muqueux. Examinons d'abord sarcome et cancer. Les deux maladies présentent la même symptomatologie de début : hémorragies, pertes fétides, augmentation régulière du corps de l'utérus.

Mais les pertes continuelles et hydropériques dans le sarcome sont roussâtres et intermittentes dans l'épithéliome ; de plus, tandis que les premières sont inodores, du moins pendant un certain temps, les secondes exhalent une odeur caractéristique. Il est un signe que Pozzi signale et auquel on peut accorder une valeur relative assez grande : dans le cancer, la malade se plaint de névrites paroxysti-

ques, dans le sarcome, au contraire, elles sont inexistantes. Le cancer ne s'accompagne pas d'un développement considérable du volume du corps, le sarcome, au contraire, atteint dans l'année une extension très grande.

Mais tous ces signes n'existent ou même ne commencent à devenir appréciables que dans une forme évolutive complète ; au début, l'examen histologique reste nécessaire pour un diagnostic précis.

Lorsqu'on a affaire à un *sarcome pédiculé*, à un polype, le diagnostic se pose avec les polypes bénins ; il est impossible de le faire en dehors d'une biopsie et ce sont les récidives nombreuses et rapides qui mettent souvent sur la voie du diagnostic. Le fibrome pédiculé se distingue par sa forme dure, ligneuse, contrastant avec la mollesse du sarcome ; s'il y a ulcération, la biopsie s'impose.

En présence d'un *sarcome du parenchyme du corps*, les deux cas qui peuvent égarer le diagnostic sont le *kyste de l'ovaire* et le *fibrome*.

La fluctuation est la même entre un kyste et un sarcome, plus généralisée peut-être dans la tumeur ovarienne ; de plus, il n'est pas toujours facile de délimiter la masse utérine normale d'un ovaire hypertrophié ; enfin, il existe une forme de sarcome à origine et développement postérieur qui peut ressembler à un kyste ovarien développé dans le Douglas.

Aussi en pareil cas, pour éviter l'erreur, il suffit de rechercher la longueur de la cavité utérine normale dans le kyste.

Le sarcome de l'ovaire peut également en imposer pour un sarcome de l'utérus si on ne pratique pas l'hystérométrie.

Le fibrome a été très souvent confondu avec le sarcome et ce n'est que l'examen histologique qui vient bien souvent préciser le diagnostic. Cependant, certains symptômes un peu particuliers permettent d'aiguiller le diagnostic.

Le fibrome évolue lentement, rarement après la ménop-

pause ; si avec un développement assez rapide la consistance change, le sarcome est presque certain ; les douleurs qui ne peuvent s'expliquer par des compressions ont une origine sarcomateuse ; enfin, si avec une masse abdominale volumineuse le malade est cachectique, il faudra surtout penser au sarcome, le fibrome produisant surtout de l'anémie par ses hémorragies répétées.

Quant aux fibromes dégénérés, sarcomateux ou angiomateux, leur diagnostic n'est possible qu'à une période assez avancée, les signes de début étant fréquents dans toutes les tumeurs abdominales.

Voyons, maintenant, le diagnostic des sarcomes du col :

Dans le cas de *sarcome racémeux*, la forme classique impose le diagnostic ; ou élimine la môle par les antécédents, une tumeur du vagin par la certitude d'implantation haute de la tumeur.

La métrite catarrhale peut faire souvent penser à un *sarcome diffus*, mais les écoulements de début de la métrite ne sont pas jaunâtres ; puis, au bout de quelque temps, la tumeur qui se produit ne tarde pas à enlever tous les doutes.

Le cancer du col peut simuler le sarcome sessile circonscrit ; cependant, sa marche est plus rapide, ses ulcérations s'agrandissent rapidement, aussi les écoulements sont-ils fétides, mais ce ne sont que des présomptions, et seule la biopsie tranche le diagnostic.

Traitement des Sarcomes.

Le sarcome se propageant assez rapidement, on comprend que le traitement devra être très large. Aussi faut-il proscrire toute opération partielle, même quand il s'agit d'un polype ou de toute autre tumeur circonscrite : les récurrences fréquentes en ont montré le danger ; les exérèses, les curetages n'ont jamais été que des opérations palliatives ; il faudra donc toujours faire l'hystérectomie.

Pendant longtemps la voie vaginale prévalut, et ceci pour les raisons suivantes :

1° Propagation de la tumeur par voie veineuse (la propagation par voie lymphatique étant le gros écueil pour pratiquer par cette voie l'hystérectomie ;

2° Localisation assez longue du sarcome à l'utérus.

Mais des faits nouveaux sont venus contredire cette façon de voir.

D'abord, la propagation lymphatique se fait dans 7 % des cas, d'où nécessité d'enlever les ganglions ; ensuite les sarcomes utérins, même bien limités, s'accompagnent d'adhérences qui rendent presque impossible leur extirpation par voie vaginale ; il faut donc pratiquer des morcellements ; mais ce mode opératoire est très dangereux, des inoculations fréquentes du péritoine ont été signalées ; de plus, l'extirpation peut être incomplète.

Aussi, pour toutes ces raisons, l'hystérectomie abdominale s'impose. Elle sera toujours totale, même lorsque le sarcome est bien limité au corps ; dans des cas de Orth-

mann, de Magnus, de Spencer, l'hystérectomie subtotale fut suivie de récidence du moignon — d'ailleurs bien souvent on fait la subtotale croyant avoir affaire à un fibrome.

Quels sont les résultats obtenus ? — Piquand, dans son travail sur les sarcomes de l'utérus, résume ainsi les résultats opératoires qu'il a pu recueillir :

Sur 171 opérations des sarcomes du corps : dans 17 cas, on a pratiqué l'enlèvement de la tumeur sans hystérectomie avec 2 morts opératoires et 8 récides constatées ; une seule malade, celle de Poschman, a été vue sans récides au bout de 8 ans 1/2.

L'hystérectomie vaginale a été faite dans 66 cas, avec 5 morts ; sur 61 guérisons opératoires, la récidence est signalée dans 20 cas.

L'hystérectomie subtotale a été faite 25 fois avec 5 morts.

L'hystérectomie totale a été faite 63 fois avec 7 morts.

On peut conclure que les interventions radicales pour sarcomes utérins donnent :

9,3 % de morts opératoires ;
29 % de récides ;
68 % de guérison définitive.

Ce dernier chiffre est trop fort, et repose sur des malades qui n'ont pas été revus longtemps après ; sur des malades revus après un certain laps de temps, un à deux ans, on peut faire des constatations de plus de valeur.

Sur 36 malades atteints de sarcome de la muqueuse, il y avait 12 récides et 24 guérisons ; sur ces 24 :

6 ont été revus 1 à 2 ans après.

6	—	2 à 3	—
4	—	3 à 4	—
1	—	5 à 6	—
2	—	7 à 8	—
1	—	11	—

Sur 53 observations de sarcome du parenchyme, il y a eu 25 récidives et 28 guérisons.

1 a été revu 9 mois après l'opération.				
13 ont été revus 1 à 2 ans après l'opération.				
3	—	2 à 3	—	—
4	—	3 à 4	—	—
2	—	4 à 5	—	—
2	—	6 à 7	—	—
2	—	7 à 8	—	—
1	—	9	—	—

Les tableaux précédents fournissent des renseignements sur la gravité des sarcomes de la muqueuse et du parenchyme ; nous voyons que les sarcomes de la muqueuse exposent beaucoup moins aux récidives que les sarcomes du parenchyme : ceci confirme les conclusions d'anatomie pathologique, à savoir que les sarcomes de la muqueuse sont moins malins que ceux du corps.

Quant au sarcome du col, sur 48 cas traités chirurgicalement, nous trouvons 3 morts opératoires, 33 récidives et seulement 12 guérisons : ces résultats ne sont pas très brillants, mais l'énorme proportion de récidives provient d'opérations incomplètes ou des hystérectomies pratiquées en dernière extrémité. Il est probable que, pratiquée de bonne heure, alors que le néoplasme est circonscrit, l'hystérectomie vaginale doit donner de bons résultats.

Mais, à côté de ce traitement chirurgical, on a voulu placer et même substituer le traitement par le radium et les rayons X. Ces derniers ont des propriétés destructives vis-à-vis des cellules cancéreuses ; aussi, et peut-être avec un peu trop de précipitation, a-t-on voulu traiter systématiquement toutes les formes du cancer par ces moyens non sanglants qui semblaient merveilleux : « Exposer quelques instants pendant plusieurs séances la néoplasie à l'action curative du radium et elle disparaîtra. »

Mais on fut obligé de déchanter, car si pour les formes

superficielles il est assez facile de distribuer les émanations de radium ou les rayons X, de les limiter et même de guérir ces ulcérations par d'autres procédés médicaux, il n'en est plus de même lorsque ces masses néoplasiques sont profondément enfouies sous les téguments, lorsqu'il faut faire de la radiothérapie profonde.

Les dernières statistiques publiées en Amérique et en Allemagne sont véritablement désastreuses : dans un cancer du foie, destruction de tout l'organe ; un sarcome du fémur se termine par une amputation de cuisse ; des expositions trop longues ou trop violentes donnent des radio-dermites inguérissables. De plus, il est un autre facteur qui intervient : si les éléments néoplasiques sont détruits lorsqu'ils sont frappés par des forces d'intensité suffisante, il n'en est plus de même si cette force est inférieure. Il se produit alors une hyperexcitation des cellules aberrantes avec formation de nouveaux foyers : on n'est donc jamais à l'abri avec ce traitement d'activité secondaire.

Que les rayons périphériques soient insuffisants, et voici qu'à côté de l'ancien foyer guéri, de nouvelles proliférations secondaires vont apparaître.

Cependant, et ceci constitue la conclusion pratique du traitement, lorsque les tissus péri-utérins sont infiltrés, qu'une opération chirurgicale est impossible ou vouée à l'insuccès, le traitement médical reprend ses droits. Il peut arrêter pendant quelque temps le progrès du mal, il peut surtout, très souvent, calmer les douleurs.

En dehors de cela, recourir à ces moyens thérapeutiques médicaux est une mauvaise besogne et, chaque fois qu'on le peut, il faut pratiquer l'hystérectomie pour mettre le malade à l'abri de récidives, dans la mesure du possible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Service de M. le Professeur agrégé DUVERGEY.

Sarcome de l'utérus.

Anne L..., âgée de cinquante-quatre ans, tailleuse, entre le 2 décembre 1919, salle 1 *bis*, lit 30, pour des hémorragies utérines abondantes.

Elle avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'à 1905, époque à laquelle elle a eu une congestion pulmonaire. Depuis cette époque, elle tousse. En 1915 elle a subi une intervention pour hémorroïdes. Jamais elle n'a souffert du ventre. Règles très régulières, peu abondantes. En 1915, ménopause survenue sans incidents. Deux accouchements normaux.

Elle ne perdait plus de sang, lorsqu'en avril 1919 elle a commencé à avoir des pertes sanglantes continuelles et abondantes. Le 17 novembre 1919, elle a présenté une hémorragie d'origine utérine très abondante et grave, qui l'a obligée à appeler d'urgence son médecin M. le D^r Guérin. Le repos lui fut ordonné. Une deuxième hémorragie avec perte de caillots apparaît le 22 novembre. Une troisième hémorragie considérable survient encore le 1^{er} décembre 1919 nécessitant le tamponnement vaginal. Du sang est expulsé avec des caillots abondants et des matières blanc grisâtres, charnues, volumineuses. Des coliques accompagnent cette expulsion. Le docteur Andérodias est appelé en consultation auprès de la malade : il conclut à l'existence d'une tumeur utérine et conseille de voir un chirurgien. Je suis donc appelé à mon tour en consultation auprès de cette femme le 2 décembre 1919. Je la trouve couchée dans son lit, un peu pâle ; le pouls est un peu mou,

à 110 ; pas de température. L'abdomen est souple. Pas de défense musculaire. La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal, pas plus que la percussion. La paroi est très épaisse. Le tamponnement vaginal est enlevé. Le tampon sort encore imbibé de sang et de caillots. Le toucher vaginal montre que le col utérin est élevé, il est entr'ouvert ; le doigt pénètre dans sa cavité. Le corps utérin est volumineux et dépasse la symphyse pubienne. Le toucher rectal confirme les données du toucher vaginal. L'utérus est mobile dans tous les sens. Les culs-de-sac sont libres ; les ligaments larges sont souples.

Les masses expulsées me sont présentées. Elles sont très abondantes. Elles se composent de sang, de caillots et de matières d'aspect encéphaloïde, tantôt dilacérées, tantôt en amas.

Je prélève plusieurs fragments destinés à l'examen anatomo-pathologique qui sont confiés à M. le Professeur Sabrazès.

Notre patiente vient d'être grippée : elle a eu de la fièvre ces jours derniers avec de la bronchite généralisée.

Je conclus à une tumeur d'origine utérine et de nature maligne, dont la plus grande partie a été expulsée par les voies naturelles. Dans ces conditions, je conclus à l'intervention chirurgicale, dans l'espèce l'hystérectomie abdominale totale.

La malade entre à l'hôpital le 2 décembre 1919. A ce moment, le fond de l'utérus dépasse de trois travers de doigt la symphyse pubienne. La malade perd encore un peu de sang. Pas d'ascite. Rien du côté du foie ni de la rate. Quelques râles de bronchite des deux côtés.

L'analyse d'urine ne révèle rien d'anormal.

Réaction de Wassermann négative.

Formule leucocytaire :

Polynucléés neutrophiles.....	60 %
Eosinophile	1
Myélo, basophile	1
Myélo, neutrophile	1
Mononucléaires	21
Lymphocytes	10
Formes de transition.....	6

Examen par M. le Professeur Sabrazès des débris expulsés : Tissu en cytolysé dont on reconnaît cependant suffisamment bien les éléments pour qu'on puisse affirmer qu'il ne s'agit ni d'un caillot, ni d'une caduque de menstruation, ni d'un produit de métrite pseudo-membraneux, ni d'un polype fibro-myomateux sphacélé. On pense plutôt, étant donnés l'uniformité de cellules rondes, ovales, polyédriques, sans association de leucocytes, la vascularisation abondante, les lacs vasculaires à peine structurés, qu'il s'agit d'un bourgeon sarcomateux.

Dans ces conditions, le diagnostic de sarcome de l'utérus est porté et l'hystérectomie abdominale totale décidée.

Opération le 24 décembre 1919, avec l'assistance de M. Pauzat, interne. — Rachianesthésie à l'allocaïne (dose 12 centigrammes). Anesthésie au bout de cinq minutes. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est volumineux, régulier ; les annexes des deux côtés sont adhérentes ; les trompes ont un aspect moniliforme. Du côté droit, le pavillon de la trompe est adhérent au péritoine pariétal et au cæcum. Je le détache et je m'aperçois que la trompe d'où s'échappe un bourgeonnement néoplasique a greffé le néoplasme sur le cæcum et la partie correspondante du péritoine pariétal. Du côté gauche, la trompe adhère au grand épiploon qui est infiltré par les mêmes productions néoplasiques. Résection du grand épiploon.

L'hystérectomie abdominale totale est exécutée ensuite facilement et rapidement, sans préhension de l'utérus par pinces quelconques, de façon à éviter tout éclatement et toute déchirure de l'organe supposé friable. Sutures du vagin. Péritonisation. L'opération a une durée d'une heure, après nettoyage et résection des surfaces péritonéales envahies à droite. Une fois l'opération terminée, il ne reste plus qu'une greffe d'une étendue d'une pièce de 5 francs sur la partie inféro-interne du cæcum. Cette partie est raclée avec des compresses et cautérisée au thermocautère.

Suites opératoires normales.

Guérison et sortie de l'hôpital le 25 janvier 1920.

Examen macroscopique de la pièce (après opération. —

L'utérus est volumineux, non bosselé. Les trompes sont moniliformes, renflées par places. Les ovaires sont sains. Les veines utérines sont thrombosées.

L'utérus est ouvert : on trouve implantée sur le fond de l'utérus sur la paroi postérieure une tumeur du volume d'une orange, de couleur grisâtre, de configuration irrégulière, mamelonnée, ressemblant à un chou-fleur, de consistance assez molle. Le reste de la cavité utérine est sain. Cette masse paraît s'être introduite dans les trompes, qui sont envahies. Les cavités tubaires sont remplies par des masses analogues à la tumeur utérine et ces masses s'épanouissent au niveau du pavillon de la trompe, sans que cependant les parois tubaires des deux côtés aient cédé au tissu néoplasique.

Cinq séances de radiothérapie ont été pratiquées sur l'abdomen de la malade. Au 25 juillet 1920, la guérison s'était maintenue et la santé de la malade était parfaite.

EXAMEN HISTOLOGIQUE par M. le Professeur Sabrazès (Laboratoire d'anatomie pathologique). — Note remise par M. le Professeur Sabrazès :

Examen macroscopique. — Tumeur du corps utérin respectant le tiers inférieur de la cavité utérine et le col, tumeur faisant une saillie de 3 centimètres au-dessus de la muqueuse. La tumeur mamelonnée, polypiforme même, a une surface lisse, brunâtre par endroits ; au-dessus de ces masses polypoides, une partie encéphaloïde va jusqu'au fond de l'utérus. Cette tumeur fait corps avec la muqueuse. L'utérus est infiltré au niveau de son fond de masses encéphaloïdes, surtout du côté gauche, jusqu'au niveau des cornes. Un petit fibrome interstitiel tranche sur le fond néoplasique.

Les ligaments larges présentent des taches blanches très suspectes.

Une veine utérine est thrombosée ; on la poursuit jusque dans l'intimité du muscle utérin, oblitérée par une masse blanchâtre.

En somme, utérus occupé par une masse encéphaloïde et farci de métastases qu'on fait sourdre à la coupe ; localisation à distance jusque dans les ligaments larges.

Examen histo-cytologique. — La masse polypiforme intra-utérine est constituée par un tissu sarcomateux des plus vivaces, surtout du sarcome fuso-cellulaire, assez abondamment

vascularisé. Il a suscité très peu de réaction conjonctive. On ne voit ça et là que quelques travées fibrillaires.

La paroi utérine est loin d'être envahie en totalité ; la tumeur procède par îlots ; il est des territoires où les cellules néoplasiques sont polymorphes, étoilées, unies par des prolongements ; un grand nombre parmi elles sont multinucléées ; on en voit qui ont des noyaux incisurés déjà divisée (4 à 5 et parfois beaucoup plus dans un même élément). Parmi ces cellules, certaines ont un noyau clair, à membrane nucléaire bien marquée, à chromatine finement ponctuée ; d'autres un noyau plus chromatique. Peu de figures de cinèse, moins que dans la masse végétante.

Les espaces circonscrits par les expansions cellulaires forment des mailles d'étendue variable, souvent ovalaires.

En des points limités, la réaction collagène s'accuse ; les cellules sont emprisonnées dans une gangue de tissu fibrohyalin. En d'autres points, on voit de la mucine fibrillaire. Certaines zones œdémateuses enfin montrent des cellules plus ou moins dissociées, plus volumineuses. Il y a beaucoup d'espaces sanguins mal limités dans les foyers néoplasiques.

A côté de ces territoires, il y en a d'autres où les éléments s'avèrent par leur longueur, leurs réactions colorantes, leur noyau comme fibres musculaires lisses et laissent l'impression d'une hypertrophie de ce tissu. Le groupement des cellules, leurs cassures rappelant les coupes des roches basaltiques permettaient de conclure à la nature musculaire de ces faisceaux de cellules. Parmi ces fibres musculaires lisses, il en est qui ont plusieurs noyaux. On fait cependant bien le départ entre ce qui est tumeur sarcomateuse et hypoplasie de voisinage des fibres musculaires lisses.

Dans cette tumeur, les cellules d'infiltration (lymphocytes, plasmocytes, leucocytes polynucléés, granulo-basocytes) sont très discrètes ; elles se trouvent rarement dans la tumeur même ; on en rencontre quelques-unes dans les travées conjonctives. Pas de cellules éosinophiles.

La lumière des vaisseaux préexistant est envahie avec prédilection. Les îlots néoplasiques dans des lumières vasculaires baignent au milieu d'hématies et de thrombus fibrineux. Une veine utérine du calibre d'un tuyau de pipe est thrombosée à

sa périphérie par un anneau de fibrine fibrillaire et au centre par une métastase qui fait corps avec le thrombus, beaucoup de leucocytes polynucléés sont imbriqués dans ce thrombus. Dans la tunique musculaire du vaisseau, un grand nombre de cellules musculaires sont en pycnose.

Les ovaires ne montrent pas de métastase.

Les ligaments larges sont le siège d'une métastase manifeste de sarcome à cellules polymorphes, à éléments plus volumineux que ceux de l'utérus, assez souvent bi et trinoclés. Polynucléose également dans les vaisseaux de cette région. On rencontre en un point de cette métastase des cellules du type Langhaus, groupées autour d'une partie centrale nécrosée ; il y a là un petit tubercule ; nulle part ailleurs on ne trouve de formation semblable.

Les lumières des deux trompes sont envahies et un peu distendues par un boyau d'aspect néoplasique qui n'adhère pas à ses parois.

A l'examen histologique, la trompe ne montre plus de l'épithélium que quelques franges décollées faisant corps avec un bloc néoplasique, qui occupe le centre de la cavité tubaire ; les digitations de cet épithélium sont intriquées dans la végétation néoplasique. La paroi tubaire, modifiée dans sa structure est épaissie et œdémateuse ; la tunique musculaire lisse est comme dissociée ; un segment de la paroi tubaire montre une hémorragie et une infiltration lymphocytaire très dense, tout cela à proximité d'une métastase.

Le bloc néoplasique, qui occupe le centre de la cavité tubaire présente le caractère décrit dans la paroi utérine et dans les métastases : c'est un sarcome à petites cellules rondes, légèrement ovales ou fusiformes, cellule très dense à vascularisation médiocre, sous forme de petits vaisseaux et de pertes vasculaires.

La trompe fait corps extérieurement au niveau de son pavillon avec une métastase beaucoup plus vascularisée contenant de nombreux lacs sanguins.

En résumé : sarcomatose utérine, végétante, polypiforme dans la cavité, infiltrante dans la paroi. Cette tumeur est en voie de généralisation abdominale ; elle a envahi le ligament large. Elle s'accompagne d'une réaction hyperplasique de voisi-

nage du tissu musculaire lisse, qui ne paraît pas avoir été le point de départ de la néoplasie. Il ne s'agit pas d'un myome malin. La coexistence d'un petit fibrome interstitiel permet de penser que l'évolution sarcomateuse a probablement eu comme origine un noyau de ce genre. Le sarcome, le plus souvent fuso-cellulaire, çà et là plus polymorphe, à cellules étoilées, multinucléées, exceptionnellement mucipares, accuse une très grande vitalité. Il n'élabore guère de collagène. Il n'a subi que des phénomènes très limités de régression (vascularisation, œdème) ; à noter dans la métastase mésentérique un petit tubercule englobé et qui préexistait certainement à la tumeur.

L'examen de la pièce confirme donc le diagnostic anatomo-pathologique qui avait été porté sur un fragment de la tumeur spontanément expulsée.

En janvier 1921, la malade revient pour des pertes sanguinolentes. A la palpation abdominale, on sent des tumeurs dures dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen s'engageant dans le pelvis, l'une médiane du volume d'une tête de fœtus à terme, les autres latérales indépendantes. Au toucher vaginal, dans le fond du vagin, se trouve un bourgeon friable, saignant facilement ; il est enlevé à la curette. L'examen de M. le Professeur Sabrazès décèle du tissu sarcomateux.

La malade est soumise à une application de radium intravaginale d'une durée de 36 heures et à la radiothérapie profonde en plusieurs séances.

A la suite du traitement, les pertes vaginales disparaissent, mais progressivement la malade se cachectise. Elle meurt en mai 1921.

OBSERVATION II.

Sarcome du corps de l'utérus.

M^{me} X..., 56 ans, espagnole, veuve sans enfants ; pas d'antécédents utérins qui méritent d'être signalés ; la ménopause est survenue vers 45 ans ; depuis, elle a éprouvé de sérieuses peines morales.

L'été dernier, se trouvant à Biarritz, elle a commencé d'avoir des pertes sanglantes peu abondantes mais continuelles et sans odeur. A cette époque, elle constata pour la première fois l'existence d'une tumeur abdominale qui prit un développement si rapide qu'aux premiers jours d'octobre, date à laquelle je fus appelé à l'examiner, elle remontait au-dessus de l'ombilic. Le ventre présentait à ce moment le volume et l'aspect d'une grossesse de 7 mois.

La tumeur était lisse, globuleuse, mobile, de consistance uniformément rénitente nullement douloureuse. Au toucher, on ne trouve pas la saillie du col qui est entièrement remonté et réduit à un simple orifice. Il n'existe aucun prolongement de la tumeur dans le petit bassin. L'état général s'est considérablement modifié depuis quelques semaines ; la malade, qui était grande et forte, a maigri d'au moins 20 kilos. Le faciès est pâle, tiré, sans aspect cachectique.

Je diagnostique un fibro-sarcome et propose l'hystérectomie abdominale totale ; sur ces entrefaites, survient une phlébite. Retard.

L'acte opératoire n'a présenté aucun incident : l'abdomen, une fois ouvert, l'utérus nous est apparu globuleux, lisse, de couleur rosée, d'aspect fibromateux, mais se rapprochant d'un utérus gravide. Suites normales.

Examen histologique. — L'utérus a été sectionné verticalement, de bas en haut, sur sonde cannelée introduite dans la cavité cervicale. Les parois, très hypertrophiées, ressemblent à celles d'un utérus gravide, mais de consistance plus ferme. La cavité est remplie par une grosse poche ovoïde dont l'enveloppe est constituée par une membrane résistante et adhérente au tissu utérin, qui paraît être la muqueuse épaissie.

La poche ouverte, on tombe sur un amas de caillots ressemblant à du raisiné. Ces caillots recouvrent un tissu blanchâtre diffus d'aspect encéphaloïde, implanté sur la face interne de la poche. En écartant les caillots, on arrive sur une deuxième poche kystique remplissant la moitié inférieure de la poche principale ; après incision de la deuxième poche, on voit que son contenu est semblable au premier.

Au point de vue macroscopique, on se trouve en présence d'un sarcome hémorragique enkysté, avec cette disposition

spéciale qu'il existe une double poche kystique dont la plus petite est incluse dans la plus grande.

En somme, variété rare du sarcome du corps : sarcome du type surtout fuso-cellulaire, avec de nombreux vaisseaux. La tumeur paraît vivace ; ça et là, tout autour des vaisseaux, des îlots de lymphocytes ; on en trouve aussi dans les lacs lymphatiques.

OBSERVATION III. (Service de M. le Professeur VÉNOT.)

Sarcome du col utérin.

M^{me} X..., 72 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-André pour pertes sanguinolentes ; état général assez bas, quelques douleurs dans le bas-ventre. Comme antécédents gynécologiques, on ne trouve qu'un prolapsus utérin ayant nécessité un Lefort.

L'examen objectif donne très peu de renseignements ; au toucher, on ne peut atteindre le col, par suite de l'opération pratiquée précédemment ; combiné au palper, le toucher dénote une légère tumeur et le diagnostic fut celui d'un épithéliome du col.

L'hystérectomie abdominale totale fut pratiquée et la pièce opératoire examinée par M. le Professeur Sabrazès.

Examen macroscopique. — Il s'agit d'une lésion qui paraît être néoplasique ; elle a profondément transformé le tissu utérin du parenchyme et de la muqueuse.

Examen histologique. — Dans le segment remis, on ne trouve qu'un petit nombre de tubes glandulaires ayant conservé le caractère typique, mais circonscrits et resserrés par le tissu néoplasique.

Il y a une zone correspondant probablement à la surface qui est en voie de ramollissement. Cytolyse allant jusqu'à la nécrose totale. Plus profondément, on est en présence d'un tissu formé par des cellules polymorphes rondes ou ovales de type sarcomateux ; quelques travées conjonctives assez compactes et des îlots de cellules musculaires perdues dans la masse.

Nombreux éosinophiles, 4 à 5 par champ, même dans les vaisseaux.

La vascularisation est assez médiocre et la plupart des vaisseaux se présentent comme des cavités sans parois, ou tout au moins sans armature complète.

Des lacs sanguins sont assez nombreux suivant les régions. La tumeur a tendance à bourgeonner autour des vaisseaux, et on voit des veinules qui sont hérissées de bourgeons dans leur lumière.

Il ne paraît pas s'agir d'un myosarcome, mais bien d'un sarcome d'origine conjonctive cellulaire.

Résultat actuel. — La malade opérée il y a 6 mois a de nouveau une santé excellente, ne souffre plus ; mais la période critique des récidives n'est pas encore atteinte.

OBSERVATION IV. (Service de M. le Professeur VILLAR.)

Tumeur sarcomateuse de la muqueuse du corps utérin.

La tumeur présentant toute l'apparence d'un polype bénin avait été enlevée par simple excision. L'opération fut suivie de troubles infectieux assez graves et l'examen histologique ayant montré la nature sarcomateuse du néoplasme, on fit l'hystérectomie vaginale.

La tumeur enlevée, du volume d'un œuf, était assez régulièrement arrondie, implantée par un large pédicule sur la paroi du corps utérin.

L'examen histologique montra qu'elle était presque entièrement formée de cellules fusiformes, mesurant de 25 à 30 μ , renfermant un noyau en bâtonnet. Les vaisseaux étaient assez nombreux.

A la périphérie de la tumeur, le revêtement épithélial avait presque complètement disparu ; on ne voyait que quelques îlots formés par des cellules épithéliales en voie de destruction. L'examen de la muqueuse du corps montre une sorte de

métrite gangréneuse ayant amené la destruction presque complète de l'épithélium. Au niveau du point d'implantation du polype, la muqueuse était infiltré profondément par des travées de cellules fusiformes.

OBSERVATION V. (D^r PERDRIGÉ.)

Tumeur sarcomateuse mixte du col de l'utérus.

Dans le courant de janvier 1911, M^{me} X..., âgée de 58 ans, se présente à son médecin pour des douleurs dans le bas-ventre qui ont débuté il y a environ cinq semaines. Elle sent comme des coliques qui tiraillent les flancs et s'irradient vers les aines et les organes génitaux.

Il y a dix mois que la malade a des pertes séreuses ; au début, c'était comme du « lait caillé » visqueux ; elles sont devenues plus liquides, plus claires, café au lait pâle, puis la malade remarque des stries de sang. Les règles revenaient périodiquement avec leur coloration normale, un peu moins rosées, jaunâtres, et avec abondance. Entre temps, la malade sentait de légères douleurs du côté droit.

Depuis 4 ou 5 mois, les pertes s'accroissent, prennent une teinte plus foncée, brune roussâtre, et paraissent plus gluantes.

Enfin, il y un mois, elles ont commencé à répandre une odeur nauséuse pour devenir tout à fait fétides. Les douleurs ne sont pas très violentes ; elles occupent le bas-ventre et la région lombo-sacrée. Les mictions sont légèrement douloureuses, la défécation souvent pénible.

Antécédents. — La mère est morte à 44 ans de métrorragies. Elle même réglée depuis 15 ans. Mariée à 20 ans, elle eut une fille, puis deux garçons.

Le 9 janvier 1912, la malade entre à l'hôpital. La palpation abdominale ne donne rien, ni tumeur ni ganglions pelviens ; le toucher vaginal permet de sentir une masse bourgeonnante assez volumineuse qui remplit le vagin et les culs-de-sac, surtout l'antérieur.

L'examen au spéculum impossible, mais en s'aidant de valves, on arrive à localiser par le toucher et la vue les attaches de cette tumeur sessile au col de l'utérus, du côté droit principalement.

En rassemblant les symptômes : leucorrhée, hémorragies, aspect végétant, saignement facile, sphacèle superficiel, on arrive au diagnostic énoncé d'*épithéliome du col à forme végétante*.

Le 14 janvier, on décide de pratiquer d'abord l'extirpation de la tumeur et de nettoyer sa face d'implantation. La tumeur enlevée, on pratique à nouveau le toucher qui fait sentir un col utérin d'aspect normal, sauf au niveau de la cicatrice, mais un vagin envahi dans la partie profonde voisine de la matrice, par un tissu résistant qu'on suppose être du cancer de la paroi antérieure avec les mêmes caractères.

L'étude anatomo-pathologique montre l'erreur de diagnostic.

La malade partie chez elle, soulagée complètement. Pendant deux ou trois mois, elle se sentit littéralement remise, n'ayant plus de pertes, n'accusant plus de douleurs. Mais bientôt les écoulements reparurent et la malade, sans doute effrayée de la perspective d'une nouvelle opération qui n'amènerait peut-être encore qu'une désillusion, reperd l'appétit, des nausées la prennent fréquemment : cependant, elle ne souffre pas.

La malade rentre de nouveau à l'hôpital, mais le col paraît cette fois plus infiltré, et l'on décide de pratiquer l'hystérectomie abdominale.

Après ouverture du péritoine, on tombe sur l'utérus dont le fond est normal, mais dont la paroi antérieure à sa partie inférieure est adhérente à la vessie. Avec douceur et difficultés, on libère cet organe. L'utérus est découvert entier ; on l'enlève ainsi que les annexes.

Après plus de deux mois, la malade se porte très bien ; elle travaille avec énergie, mange bien, et ses tissus ont retrouvé la tonicité d'autrefois ; elle est un peu pâle mais non icturique. Elle n'accuse plus ni pertes ni douleurs ; le toucher vaginal permet de ne sentir que le moignon et sa cicatrice.

Examen histologique de la pièce après hystérectomie. —

Les coupes faites sur ce qui restait de col montrent une muqueuse saine avec son revêtement normal de glands.

Dans le parenchyme, on découvre des amas épithéliaux disséminés représentant un épithélioma tubulé absolument typique; sur des fragments de col voisins, on trouve du tissu sarcomateux pur à grosses cellules. Sur les fragments prélevés aux dépens des masses végétantes faissant saillie dans le vagin, on trouve un mélange de tissu sarcomateux au sein des travées formées de fibro-cartilages ; par d'autres endroits, les cellules rondes ou fusiformes quittent la masse sarcomateuse et se dispersent dans le cartilage.

Il ne peut s'agir ici que de l'existence d'un néoplasme d'origine embryonnaire comme le fait supposer à côté des deux tissus néoplasiques d'un élément que l'on ne rencontre jamais dans l'utérus : le fibro-cartilage.

CONCLUSIONS

Le sarcome de l'utérus a toujours été décelé par les recherches anatomo-pathologiques systématiques.

L'étiologie, comme celle des autres tumeurs, est inconnue.

On les divise en sarcomes du col et en sarcomes du corps; parmi ces derniers, on distingue : les sarcomes de la muqueuse (intrapariétal ou pédiculé), du parenchyme (interstitiel, sous-muqueux, sous-péritonéal).

La symptomatologie et le diagnostic clinique des sarcomes offre de grandes analogies avec les autres tumeurs utérines : épithéliomes, fibromes, kystes. Le diagnostic peut être parfois aiguillé par quelque signe particulier, mais seule la biopsie ou l'examen de la pièce opératoire peuvent donner une indication précise. Rappelons même qu'au point de vue histologique, des divergences de diagnostic se présentent : des tumeurs diagnostiquées sarcomateuses par certains auteurs ont été étiquetées fibromes par d'autres.

Le pronostic est lié au siège de la tumeur ; les sarcomes du parenchyme récidivent plus souvent que les sarcomes de la muqueuse. Ici, comme dans toutes les tumeurs sarcomateuses, les formes globo-cellulaires sont plus malignes que les fuso-cellulaires. La propagation se fait par métastase ou par continuité.

Le traitement sera, chaque fois qu'il le sera possible, chirurgical, et l'hystérectomie abdominale totale (élargie si la propagation péri-utérine le nécessite) prévaudra. Le traitement par les rayons X ou par la radiumthérapie ne sera employée que dans les cas où le mal est trop généralisé ou la cachexie trop profonde pour permettre au malade de supporter le choc opératoire.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 Octobre 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- PIQUAND (G.). — Le sarcome de l'utérus. (*Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominale*), Juin 1905, p. 387.
- HURÉ. — Sarcome de l'utérus. (Thèse Paris, 1907).
- BETTINGER. — Fibro-sarcomes utérins. (Thèse Paris, 1909).
- PERDRIGÉ. — Sarcome de l'utérus. (Thèse Paris, 1909).
- COSTES. — Sarcome kystique de l'utérus. (Thèse Paris, 1907).
- DURET. — Cystofibromes et cystosarcomes de l'utérus. (*Semaine gynécologique*, 1898).
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- MONOD. — Kyste de l'utérus. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 13 Juin 1906).
- PAVIOT et BÉRARD. — *Mémoires et Archives de Médecine expérimentale*, Juin 1897.
- DTCHINOFF. — Sarcome de l'utérus à cellules géantes avec îlots cartilagineux.
- AUBRY. — Du sarcome diffus de la muqueuse utérine. (Thèse Paris, 1896).
- DESMARETS et BAILLEUL. — Sarcome du fond de l'utérus. (*Société anat.*, Octobre 1903).
- GUSSEROW. — Sarcome de l'utérus. (In Bilbroth Handbuch, T. II).
- OZENNE. — Sarcome kystique en grappe de la muqueuse utérine. (*Journ. de Médecine de Paris*, 1894, p. 171).
- VERDIER. — Cancer épithélial et sarcome diffus de la muqueuse utérine. (Thèse Paris, 1905).
-

